

DECLARATION D'ACCIDENT

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

A compléter avec un représentant du club et à transmettre dans les 5 jours ouvrés à votre assureur :

Un accusé de réception vous sera transmis à réception de votre déclaration.

MMA IARD - DC AIS - Division Prévoyance
1, allée du Wacken - 67978 STRASBOURG Cedex 9

- Par courrier (lettre recommandée non exigée)
- Par télécopie au 03.88.11.73.60
- Par courriel : prevoyance-logistique@groupe-mma.fr

Tél. : 03.88.11.70.08 – 03.88.11.70.21

ASSURANCE DE BASE – CONTRAT N° 147.325.567

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

Nom : N° affiliation :

Adresse (n°, voie, ville, CP) :

Nom du représentant : et/ou mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE (victime)

Sexe : MASCULIN ☐ FEMININ ☐

Nom / prénom : : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : CP : Ville :

Date de naissance (si pers. physique) : ____ / ____ / ____ Email :

N° DE LICENCE FEDERALE : (joindre obligatoirement une photocopie)

Les garanties facultatives proposées par le contrat n° 147.325.578 ont-elles été souscrites ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser l'option souscrite : OPTION 1 ☐ OPTION 2 ☐ Inscrit sur la liste Ministérielle des Sportifs de Haut Niveau ☐

DISCIPLINE CONCERNE PAR L'ACCIDENT

☐ HALTEROPHILIE

☐ MUSCULATION

☐ AUTRE (A Préciser)

Circonstance de l'accident

☐ EN ENTRAINEMENT

☐ EN COMPETITION

☐ PENDANT UN TRAJET

☐ AUTRE (A Préciser)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date : ____ / ____ / ____ Heure :

Lieu (CP, ville) ____ Ville :

Nom / adresse du club organisateur (le cas échéant) :

Si l'accident est survenu à l'étranger, précisez le pays

Nom, Adresse et Signature du (ou des) témoin(s)

Un Procès-Verbal a-t-il été établi à la suite de votre accident ?

☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, par qui ?

☐ GENDARMERIE ☐ POLICE

Indiquez les coordonnées de la brigade :

Ainsi que le numéro du PV :

Décrire en quelques lignes les causes et circonstances de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

(croquis + plan des lieux à joindre à la déclaration d'accident si nécessaire)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE

La victime est-elle décédée des suites de l'accident ? OUI ☐ NON ☐

Si NON, décrire les lésions (fournir obligatoirement le certificat médical les constatant) :

Siège de la blessure :

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole, etc.) :

N° d'immatriculation de l'assuré : _____ / _____

Adresse / coordonnées de l'organisme :

Organisme complémentaire (mutuelle, contrat d'assurance maladie,...) :

N° du contrat :

Adresse / coordonnées de l'organisme:

Pour vous faire rembourser, toujours joindre :

Pour des frais d'hospitalisation, médicaux ou pharmaceutiques :

- le décompte du régime social,
- le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
- un certificat médical descriptif des blessures,
- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata) en cas d'hospitalisation,

Si les garanties complémentaires ont été souscrites :

Si l'assuré exerce une activité salariée :

- Le certificat d'arrêt de travail
- Le bulletin de salaire des 3 mois précédant l'accident
- Les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lequel figure la perte de revenus)
- Les décomptes des règlements de la sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptibles de régler des indemnités journalières

Si l'assuré n'exerce aucune activité salariée :

- Le certificat d'arrêt de travail
- les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident

Fait à :

Le : ____ / ____ / ____

Pour l'assuré :

« J'atteste de l'exactitude des informations et de la réalité des faits énoncés »

Signature :

Pour le club :

Tampon et signature du représentant (obligatoire) :
